Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado (a) con la C.C.\_\_\_ o C.E.\_\_\_ No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto a ustedes mi decisión libre y voluntaria de

**AFILIACIÓN** a: **TRASLADO** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDAD PENSION** | **ENTIDAD SALUD** | **FONDO CESANTíAS** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA TRASLADO DE:** | **CONDICIONES A VERIFICAR** |
| **ENTIDAD DE PENSION** | * Que el funcionario haya recibido la doble asesoría.
* Para **traslado de régimen** acreditar cinco (5) años de permanencia en el Régimen de Prima Media con Solidaridad (COLPENSIONES) o en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS).
* Para **traslado entre** **fondos de pensiones privados** se debe cumplir con el requisito de permanencia de seis (6) meses en el fondo privado anterior.
* El afiliado no podrá cambiar de régimen cuando le falten 10 años o menos para cumplir la edad que le da derecho a la pensión.
* Cuando el traslado es por mandato Judicial deberá adjuntar la sentencia que ordena el traslado.
 |
| **ENTIDAD DE SALUD** | * Encontrarse inscrito en la EPS anterior por un período mínimo de un (1) año (continuo o discontinuo) contado a partir del momento de la inscripción.
* No estar en incapacidad médica, lo cual también aplica a cualquier miembro de su núcleo familiar.
* No estar en situaciones administrativas de vacaciones o en comisión.
 |
| **FONDO DE CESANTIAS** | * El traslado entre Fondos de Cesantías Privados procede cuando se ha tenido una permanencia de seis (6) meses.
* El traslado de FNA a Fondos de Cesantías Privados solo aplica cuando se ha tenido una permanencia de 3 años en el FNA y no se tiene Crédito vigente o pignoración de cesantías.
 |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTO QUE SE ADJUNTAN:** |
| Marque con una (X)los documentos que adjunta a la solicitud: |
| Certificación afiliación ENTIDAD DE PENSIONES Otro Cual ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vCertificación afiliación ENTIDAD DE SALUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Certificación afiliación FONDO DE CESANTIAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fotocopia documento identidad 150% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**DATOS DE FUNCIONARIO:**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bajo la gravedad de juramento manifiesto no encontrarme en multiafiliación a entidades de seguridad social.**

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Documento Identidad: Nombre y Firma de Funcionario Responsable